3

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903 N°



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juillet 1903, à 1 heure

PAR

Maxime LEMERLE

ÉTUDE CLINIQUE SUR UN CAS
DE
SARCOMATOSE GÉNÉRALISÉE

Considérations sur le Diagnostic
de la GÉNÉRALISATION INSIDIEUSE
des CANCERS LATENTS

Président : M. BROUARDEL, *Professeur.*

Juges : MM. DIEULAFOY, *Professeur.* CHAUFFARD, *Agrégé.* RÉNON, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1903



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juillet 1903, à 1 heure

PAR

Maxime LEMERLE

ÉTUDE CLINIQUE SUR UN CAS
DE
SARCOMATOSE GÉNÉRALISÉE

Considérations sur le Diagnostic de la GÉNÉRALISATION INSIDIEUSE des CANCERS LATENTS

Président : M. BROUARDEL, *Professeur.*

Juges : MM. DIEULAFOY, *Professeur.*
CHAUFFARD, *Agrégé.*
RÉNON, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

---

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

(anciennement 36, rue Serpente.)

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE
Clinique médicale	LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice

MM.

ACHARD.
AUVRAY.
BEZANÇON.
BONNAIRE.
BROCA Auguste.
BROCA André.
CHASSEVANT.
CUNEO.
DEMELIN.
DESGREZ.
DUPRE.

MM.

FAURE.
GILLES DE LA TOURETTE.
GOSSET.
GOUGET.
GUIART.
HARTMANN.
JEANSELME.
LANGLOIS.
LAUNOIS.

MM.

LEGRY.
LEGUEU.
LEPAGE.
MAUCLAIRE.
MARION.
MERY.
POTOCKI.
RENON.
REMY.
RICHAUD.

MM.

RIEFFEL (chef des travaux anatomiques.)
TEISSIER.
THIERY.
THIROLOIX.
THOINOT.
VAQUEZ.
WALLICH.
WALTHER.
WIDAL.
WURTZ.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEANSELME

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,

Médecin de l'hôpital Tenon.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUARDEL

Doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Institut,
Grand officier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Nous avons eu la bonne fortune d'observer dans le service du docteur Jeanselme, à l'hôpital Tenon, un cas curieux de sarcomatose généralisée dont les allures bizarres donnèrent lieu à quelques erreurs de diagnostic.

Nous avons pensé qu'en publiant ce cas, en dénonçant les erreurs qu'il nous fit commettre et même en signalant des erreurs commises ailleurs en de semblables circonstances, nous ferions œuvre utile autant qu'intéressante ; car nous n'oublions pas que dans la pratique médicale, une erreur démasquée est une leçon à jamais profitable.

Nous ne saurions trop remercier, d'avoir attiré notre attention sur cet intéressant sujet, notre maître, M. le docteur Jeanselme, dont la curiosité scientifique, jointe à l'esprit d'observation clinique, ont été et demeureront pour nous un précieux exemple.

Puisque l'occasion s'en présente, nous tenons à adresser ici, en témoignage de reconnaissance, nos plus sin-

cères remerciements à tous ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux et qui collaborèrent ainsi à notre éducation scientifique et professionnelle :

En chirurgie, MM. les docteurs :

Thiéry, Guillemain, Battigne, ex-assistant à la consultation de l'hôpital Saint-Louis (chirurgie générale).

Legueu (gynécologie et chirurgie des voies urinaires).

En médecine, MM. les docteurs :

Siredey (médecine générale et gynécologie médicale).

Bourcy (maladies des nourrissons).

Du Castel (maladies de la peau).

Jeanselme (médecine générale et dermatologie).

En accouchements, M. le docteur Champetier de Ribes.

En nous faisant le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, M. le professeur Brouardel a droit à tous nos sentiments de respectueuse gratitude.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION ET GÉNÉRALITÉS

Sans rien préjuger de la nature et de la pathogénie des tumeurs malignes, nous croyons qu'il est indispensable de rappeler brièvement ici leur processus de généralisation.

Cette généralisation peut se faire :

a) Par la voie lymphatique.

b) Par la voie sanguine.

Ces deux modes arrivent même à s'associer tôt ou tard.

a) *Voie lymphatique.* — La dissémination du néoplasme par la voie lymphatique peut se faire de deux façons :

Ou bien, la paroi du vaisseau lymphatique est envahie de proche en proche par la tumeur et il se produit alors une véritable lymphangite cancéreuse ;

Ou bien ces vaisseaux lymphatiques apportent aux ganglions auxquels ils se rendent, les éléments morbides et ces ganglions, à leur tour, deviennent, pour les organes voisins, des foyers de contamination.

C'est le mode de propagation de l'épithéliome et souvent aussi celui du carcinome.

De cette façon, les ganglions sont les premiers le siège de noyaux secondaires et on pourrait alors, en suivant la chaîne ganglionnaire, remonter pas à pas à la tumeur primitive.

b) *Voie sanguine.* — La dissémination par voie sanguine de la carcinose peut se ramener aux trois modes suivants :

Tantôt, il se forme dans les organes de véritables embolies épithéliales dont l'origine doit être attribuée à la propagation de la tumeur aux *tuniques artérielles*, lesquelles, dès lors, sont désagrégées par le courant sanguin.

Tantôt, les *veines* elles-mêmes se chargent de distribuer aux organes situés dans leur territoire les éléments morbides provenant : soit de thromboses cancéreuses formées aux dépens de leurs parois ; soit simplement de l'effraction de la tumeur primitive sans thrombose préalable.

Enfin, par suite de l'envahissement du système lymphatique, le canal thoracique peut, à un moment donné, déverser dans le torrent circulatoire les éléments néoplasiques qui vont former au loin des métastases cancéreuses.

Le sarcome se généralise fréquemment par la voie sanguine et plus spécialement par l'intermédiaire des veines.

Le carcinome peut emprunter aussi cette voie, mais plus rarement.

On s'explique comment, dans ces cas en particulier, la généralisation est rapide, sans les grands symptômes généraux qui accompagnent d'ordinaire ces affections et surtout sans grand retentissement ganglionnaire.

C'est pourquoi aussi, parmi les organes atteints secondairement, le poumon et le foie viennent presque toujours en premier lieu.

Il existe dans la science bon nombre d'observations relatant de ces faits de néoplasie généralisée, soit sarcomatose, soit carcinomatose.

Tantôt, il s'agit d'un malade atteint de néoplasme diagnostiqué d'ailleurs et que l'on se propose d'opérer, lorsqu'on s'aperçoit, avant l'anesthésie ou à l'occasion d'un examen plus complet, que le malheureux présente des symptômes faisant penser immédiatement à la propagation de son mal aux différents viscères. Ferron (1), entre autres, présente un cas où le diagnostic de sarcomatose du poumon fut porté pendant la vie (matité, silence respiratoire), grâce à la constatation d'un sarcome primitif de l'humérus que l'on se proposait d'enlever.

Ou bien encore, c'est un malade récemment opéré d'une tumeur maligne et qui offre un ensemble de signes ne laissant aucun doute sur la généralisation du processus néoplasique. C'est ainsi que Guillou (2) rapporte l'observation d'une femme de 43 ans, opérée de-

(1) Ferron. *Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1893.
(2) Guillou. *Gazette médicale de Nantes*, 1884.

puis un an d'un cancer du sein ; elle ne présentait pas de récidive dans la plaie, mais des symptômes frustes dont l'origine ne fut soupçonnée que par ses antécédents cancéreux. L'autopsie confirma par la suite le diagnostic et montra des dépôts carcinomateux dans le poumon et la colonne vertébrale.

Ce sont là dès faits d'observation courante et quasi-banale, dans lesquels le diagnostic ne saurait rester longtemps en suspens, parce que l'attention est attirée sur ce point par la constatation desgrands signes généraux des cancers : amaigrissement, adénopathies, cachexie avec teinte caractéristique des téguments, etc, ; mais surtout par la préexistence ou la coexistence d'une tumeur maligne apparente ou nettement constatée.

Il est parfois difficile cependant, malgré la constatation d'une tumeur maligne, de porter, au début du moins, le diagnostic de sa généralisation. Mais, il est des cas,-à la vérité beaucoup plus rares, où la tumeur primitive, la lésion primaire, située dans une région difficile à explorer, reste d'abord latente à sa période initiale, ou bien se manifeste par des symptômes vagues, parfois intermittents et sur lesquels il semble impossible d'asseoir un diagnostic précis ; puis, elle se généralise à divers organes avec des signes diffus, ou du moins, qui laissent croire à des affections beaucoup plus communes et méconnaître ainsi la néoplasie seule en cause, laquelle du reste vient brusquement interrompre une santé en apparence florissante et s'est dépouillée de son cortège de symptômes habituels. Même à ce moment, s'il se produit des tumeurs secondaires appréciables, capables par

conséquent d'appeler l'attention sur la carcinose, il est souvent fort difficile de se prononcer sur la nature maligne de ces tumeurs, à cause de l'absence des symptômes généraux, et surtout d'affirmer le rapport qui existe entre elles et les symptômes préalablement observés.

Il y a là d'ailleurs un processus qui rappelle celui de certaines maladies infectieuses, en particulier la tuberculose et aussi la syphilis ; et, c'est avec raison, ce nous semble, que Cattle (*British medical Journal*, 1894), va jusqu'à mettre en parallèle ces trois affections : « Elles présentent, dit-il, de grandes analogies... » ; de telles ressemblances cliniques, ajouterons-nous, que, dans certains cas où la lésion primitive est méconnue et les tumeurs secondaires profondes, le diagnostic est des plus ardus.

De même, pour peu qu'il y ait coïncidence de ces affections, il est bien difficile, sinon impossible, de faire la part de ce qui appartient à l'une ou à l'autre.

Il faut remarquer toutefois que ces cas de généralisation insidieuse d'une lésion initiale latente, fréquents pour la bacillose et la syphilis, sont dans la carcinomatose, assez rares pour qu'on n'y pense pas et qu'on les méconnaisse.

On conçoit sans peine l'embarras et les errements du clinicien devant des cas semblables.

C'est l'observation personnelle et détaillée de l'un de ces faits qui fera le sujet de la première partie de cette thèse : nous la relaterons dans son ensemble en signalant les hésitations et les divers diagnostics auxquels elle a pu successivement donner lieu.

Dans une seconde partie, nous grouperons autour de cette observation fondamentale, un certain nombre d'observations analogues que nous avons recueillies dans la littérature médicale. Nous chercherons s'il est possible de dégager de ces quelques faits particuliers des symptômes constants qui leur seraient communs et qui permettraient ainsi d'établir les bases d'un diagnostic différentiel avec des affections cliniquement similaires.

Chemin faisant, nous passerons en revue différents signes que l'on a décrits et préconisés comme étant caractéristiques des affections cancéreuses, pour conclure enfin qu'il n'est point de signe pathognomonique constant des néoplasies généralisées.

CHAPITRE II

Etude clinique sur un cas de sarcomatose généralisée, à marche aiguë, fébrile, d'origine probablement vertébrale et soupçonnée quelques jours seulement avant la mort.

§ I. Observation (personnelle)

Recueillie dans le service du docteur Jeanselme à l'hôpital Tenon.

Nous nous attacherons à suivre avant tout, dans cette observation, l'ordre des différents aspects cliniques par lesquels l'affection s'est présentée aux observateurs.

Le nommé Tar... Alexandre, âgé de 40 ans, exerçant la profession de charretier, entre le 14 mars à Tenon, salle Axenfeld, lit n° 6.

Antécédents héréditaires et collatéraux : Rien à signaler.

Antécédents personnels : Le malade dit avoir eu, il y a 3 ans, une attaque de rhumatisme, soignée à Lariboisière ; les jambes auraient été prises d'abord, puis ensuite les poignets. L'affection aurait cédé rapidement au salicylate de soude et paraît avoir été *du rhumatisme polyarticulaire aigu, franc.*

Il y a deux ans, le malade aurait subi une *assez violente contusion* au niveau du grand trochanter de la cuisse gauche

et dans la région lombo-costale du même côté, contusion résultant d'un coup de pied de cheval.

Il présenta pendant quelque temps des ecchymoses assez étendues, mais qui ne l'obligèrent point à s'aliter et dès le lendemain, il reprenait son travail.

Il y a 22 mois, accomplissant une période militaire à Melun, il est soigné à l'hôpital de cette localité pour des *douleurs rhumatismales* siégeant dans la colonne vertébrale, à la région cervico-dorsale et aux lombes principalement, et s'irradiant jusque dans les cuisses et dans les genoux. Cette fois, le salicylate de soude fut sans aucune influence et les douleurs persistèrent deux mois, pendant lesquels le malade dut garder le lit.

Depuis cette époque, le malade a conservé une certaine raideur des mouvements du cou et de la région des reins, ainsi qu'une faiblesse des jambes amenant dans la marche une difficulté telle « qu'il ne pouvait plus suivre ses chevaux à pied et était obligé pour les conduire de monter en voiture ».

D'après les renseignements recueillis d'un membre de sa famille, à part cette faiblesse des jambes, il était encore bien portant il y a 3 mois : il n'éprouvait alors ni douleurs, ni maux de tête, ni troubles intellectuels d'aucune sorte.

Cependant, depuis 2 mois environ, sa santé alla s'altérant : la faiblesse augmenta, l'appétit diminua et il se produisit un certain amaigrissement.

Il avait en même temps des accès fébriles avec frissons suivis de sueurs profuses ; il était pris parfois d'une dyspnée assez intense ; enfin, il se plaignait de douleurs dans tout le corps, mais surtout prédominantes dans la région thoracique gauche. Il fut obligé de cesser son métier et de s'aliter à différentes reprises.

En même temps, son caractère changea et il devint fort maussade.

C'est dans cet état qu'il entra une première fois à l'hôpital

Tenon, le 8 février dernier, où il fut admis salle Lorain, lit n° 20.

Il présentait alors surtout de la toux avec un peu de dyspnée, se plaignait toujours de son côté gauche, dans la région précordiale principalement, gémissant et pleurnichant sans cesse, à tel point qu'il fut considéré comme pusillanime. Il faisait, d'une façon très irrégulière, des élévations thermiques qui ne dépassaient guère 38° à 38°5.

Il était encore, au dire de ceux qui le soignèrent alors, dans un état physique relativement bon : un certain embonpoint, le teint assez coloré. Comme régime alimentaire, il était au 2e degré avec un litre de lait. Enfin, il pouvait sans trop de gêne se lever, marcher, s'asseoir ; il parlait nettement, sans embarras de la parole, répondant avec précision aux questions qui lui étaient posées. Il n'avait aucun trouble du côté des réservoirs et on ne constatait sur le corps aucune trace de tumeur.

Nous n'avons pu savoir exactement quel diagnostic fut porté à ce moment ; mais en présence de ces symptômes vulgaires, le malade parut sans doute sans grand intérêt clinique et son affection sembla banale, ou plutôt, on le soigna sans pouvoir mettre sur son cas une étiquette exacte.

Contre sa douleur et sa dyspnée, on lui appliqua des ventouses ; on lui administra un julep morphiné contre sa toux ; enfin, à tout hasard — peut-être soupçonnait-on la spécificité — on lui fit prendre quotidiennement 0 gr. 50 d'iodure de potassium.

Il quitte l'hôpital le 24 février, sans grand soulagement.

Il est soigné chez lui pendant quelque temps, pour *pleurésie gauche*, d'après son dire : puis, de guerre lasse, son médecin le retourne à l'hôpital où il rentre dans notre service le 14 mars au soir.

Etat actuel. — Comme il se plaignait sans cesse de douleurs dans la région du mamelon gauche, qu'il présentait une certaine dyspnée avec une toux sèche, quoique assez rare, et une température de 38°, on manda l'interne de garde, lequel, après

examen rapide, pensa sans doute aussi à une *pleurésie gauche avec épanchement*, puisqu'il fit aussitôt de ce côté une ponction exploratrice. Celle-ci amena quelques gouttes de sang pur, mais pas trace de liquide pleurétique.

Il ordonna des ventouses sèches et une potion calmante.

Le lendemain, lorsque nous examinons le malade, nous sommes frappés par son état de faiblesse et de dépression ; l'anémie, cependant, ne paraît pas excessive : il y a encore une légère coloration des lèvres, des pommettes et un certain embonpoint. Mais la faiblesse est grande : immobile dans le décubitus dorsal, il a l'air abattu, ahuri ; il ne peut s'asseoir seul et se maintenir assis sur son lit ; il pousse sans cesse des gémissements.

L'interrogatoire est pénible : le malade ne semble pas toujours comprendre ce qu'on lui demande ; c'est tout juste s'il sait où il est. Il fait en pleurnichant des réponses évasives, il divague même parfois ; sa parole est lente, traînante, embarrassée, comme enfantine et souvent incompréhensible. La mémoire paraît lui faire fréquemment défaut : il s'embrouille dans les détails, confond les faits, ne se les rappelle qu'au prix de grands efforts ; enfin, il déclare que depuis quelque temps déjà, il perd la mémoire.

On ne constate aucun signe d'alcoolisme.

Le malade attire notre attention sur sa gêne respiratoire, sur ce qu'il appelle « son point de côté ». La langue est sèche, la soif vive, la température comme la veille est de 38°.

Influencé par ces symptômes subjectifs et fonctionnels, et aussi peut-être par les opinions précédemment émises à son sujet, nous pensons également à la pleurésie, et c'est sur l'appareil respiratoire que nous portons surtout nos investigations.

Appareil respiratoire. A *l'inspection* du thorax, nous remarquons du côté gauche, un peu sur le flanc, une voussure paraissant formée par le soulèvement des dernières côtes. A ce niveau, les espaces intercostaux ne semblent pas modifiés par les mouvements respiratoires.

La pointe du cœur est déviée à droite et semble battre à trois travers de doigt en dedans et au niveau du mamelon gauche.

La *percussion* est très douloureuse, surtout au niveau de la voussure costale. Elle révèle dans toute l'étendue du poumon gauche une matité complète, véritable matité de bois, tant en arrière qu'en avant et sur les côtés.

La *palpation* montre qu'il y a perte d'élasticité de la paroi thoracique et que les vibrations sont presque complètement abolies de ce côté.

A l'*auscultation*, la respiration s'entend un peu soufflante au sommet gauche ; mais dans tout le reste du poumon, silence respiratoire absolu : ni souffle, ni râles, absence complète de murmure vésiculaire.

On ne note ni égophonie, ni pectoriloquie aphone; mais il y a un peu de retentissement de la voix.

Du côté droit, rien à signaler.

Malgré l'insuccès de la ponction exploratrice de la veille, *le diagnostic de pleurésie gauche avec épanchement nous parut s'imposer* et sans pousser plus loin notre examen, nous en fîmes part à notre maître, lors de la visite.

Après l'avoir examiné à son tour, le docteur Jeanselme, frappé surtout de son état général, de son aspect physique, nous déclare que *s'il y a de la pleurésie, le cas toutefois lui paraît beaucoup plus complexe.*

Il nous fait remarquer que la voussure signalée peut être une hyperostose ou une déformation, reliquats de la contusion subie par le malade : on observe un épaississement assez notable du grand trochanter gauche, autre point également contusionné.

De plus, la douleur à la pression et à la percussion n'est pas limitée au côté gauche ; mais elle est généralisée à tout le thorax, à l'abdomen, au cou et même aux cuisses. Toutefois, c'est dans la région précordiale qu'elle est le plus prononcée ; elle y est même spontanée et à type névralgique

Cette hyperesthésie est profonde et semble avoir pour siège les os et les muscles : on ne détermine en effet aucune douleur

quand on saisit seulement la peau ou qu'on la plisse ; mais la douleur apparaît dès que l'on exerce une pression intéressant les parties sous-jacentes. Le moindre contact, la moindre application de l'oreille ou du stéthoscope sur le thorax arrache des cris au malade. De même tout mouvement ou déplacement du corps réveille de vives douleurs.

Appareil circulatoire. La main, appliquée sur la région moyenne du cœur, perçoit un frottement assez net du péricarde.

Ce bruit de frottement est beaucoup moins perceptible à l'oreille ; il ne se propage pas et les bruits du cœur quoique un peu assourdis paraissent normaux.

Le pouls assez régulier, mais un peu mou et déprimé, bat aux environs de 95 à 100 pulsations.

Notre maître en conclut que pour ce qui est de la péricardite, on en pourrait à la rigueur trouver la cause dans les antécédents rhumatismaux du malade; mais qu'étant donnés l'état général et l'ensemble de ces symptômes, il fallait penser en même temps à une infection générale ayant retenti au moins sur le myocarde, la plèvre et peut-être le poumon.

Il attire spécialement notre attention sur ce malade, nous chargeant de compléter son examen et d'en prendre l'observation minutieuse.

Nous avons décrit plus haut l'état de l'appareil respiratoire ; en ce qui concerne l'appareil circulatoire, et les phénomènes subjectifs, nous n'avons rien à ajouter aux remarques que fit rapidement le Dr Jeanselme.

Appareil digestif. L'appétit est nul, la bouche est sèche, la langue rôtie comme dans les infections graves.

Il existe un peu de diarrhée.

Foie. Il est manifestement hypertrophié et descend à 4 travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes. Il semble douloureux. Le ventre quelque peu ballonné et l'hyperesthésie musculaire empêchent une exploration plus complète de cet organe. Le malade n'a pas et n'a jamais eu d'ictère.

Système lymphatique. En explorant les différentes régions,

on ne constate aucune tumeur ganglionnaire, ni à la nuque, ni au creux sus-claviculaire, ni dans l'aisselle. Toutefois, au niveau des plis inguinaux, on peut sentir trois ou quatre toutes petites boules dures, indolentes, roulant sous le doigt.

La rate n'est perceptible ni au palper, ni à la percussion, à cause de la matité à gauche.

Système nerveux. Outre l'état mental particulier, sur lequel nous avons dit précédemment quelques mots, le malade présente un certain nombre de troubles dépendant du système nerveux.

C'est d'abord une inégalité pupillaire très nette avec une mydriase très accentuée à l'œil gauche. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Il n'y a pas de strabisme.

Il existe une raideur des mouvements du cou : le malade ne peut exécuter la rotation de la tête.

On constate dans toute sa netteté le signe de Kernig : le malade ne peut s'asseoir sur son lit sans fléchir les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin.

Les réflexes patellaires, assez difficiles à rechercher à cause de la raideur des jambes, paraissent plutôt faibles. En tout cas, il n'y a pas de clonus du pied.

Le malade a de l'incontinence pour l'urine seulement.

Ses nuits sont agitées ; il a de l'insomnie, du délire et veut constamment se lever. Dans la journée, il est plus calme. Pas de céphalée.

Urines. L'analyse clinique ne révèle ni albumine, ni sucre.

La constatation de l'ensemble de ces symptômes nous confirme de plus en plus l'hypothèse d'une infection aiguë et générale, telle que la tuberculose aiguë à début pulmonaire (pneumonie caséeuse) généralisée à différents viscères, aux séreuses et aux méninges cérébro-spinales (signe de Kernig et troubles mentaux). La syphilis, à la rigueur, pourrait aussi expliquer la coexistence de phénomènes aussi divers, les troubles céré-

braux surtout, semblables en tout point à ceux que l'on observe dans la périencéphalite diffuse.

Dans les quelques jours qui suivent, l'état du malade reste stationnaire. La température tend plutôt à baisser et descend même jusqu'à 37°5.

Plusieurs ponctions exploratrices de la plèvre demeurent sans résultat.

Le 18 mars, en découvrant la poitrine de notre malade, à la visite quotidienne, nous sommes frappés par l'existence, dans la région présternale, au-dessous de la fourchette, d'une voussure analogue à celle que nous avons signalée au niveau des 6e et 7e côtes gauches, et que nous n'avions point remarquée jusqu'alors. Cette voussure d'ailleurs est assez peu saillante et ne se constate nettement qu'en regardant la poitrine à jour frisant. Elle s'étend, sous forme d'une plaque sans bords nets, de l'articulation sterno-claviculaire droite à l'insertion sternale de la 3e côte ; sa largeur est celle d'une bonne paume de main. Au palper, elle semble presque lisse ou du moins très légèrement bosselée ; elle est de consistance ferme et excessivement douloureuse à la pression ; de plus, elle est adhérente au sternum.

La peau qui la recouvre est mobile, de coloration normale, peut-être un peu œdématiée cependant.

Continuant nos investigations, nous découvrons au-dessous du mamelon droit, sur les 5e et 6e côtes, une autre saillie presque symétrique, quoique moins étendue, à celle du côté gauche. Cette dernière semble avoir augmenté depuis le jour où nous l'avons constatée et forme maintenant une saillie très prononcée.

Sur la colonne vertébrale, pas l'ombre de tumeur appréciable.

En promenant la pulpe des doigts sur les différentes surfaces costales, nous avons la sensation d'un certain nombre de nodosités ou bosselures qui ne sont pas apparentes à la vue.

Ces tumeurs présentent toutes des caractères semblables : elles siègent manifestement sur les os auxquels elles paraissent

adhérer intimement ; elles n'intéressent pas la peau ; leur consistance est plutôt dure ; enfin la moindre pression y détermine de vives douleurs. La ponction n'en ramène aucun liquide.

Devant ces découvertes s'agite à nouveau pour nous la question du diagnostic. Fallait-il admettre un rapport entre ces tumeurs et l'état morbide du sujet ? Il était logique d'y songer.

Le diagnostic de gommes bacillaires ou d'abcès froids chez un bacillaire pouvait cadrer avec les hypothèses précédemment émises.

On pensa aussi à des gommes spécifiques, d'autant mieux que le malade présentait, avons-nous dit, des symptômes assez nets de syphilis cérébro-médullaire et de paralysie générale. Cependant, on ne releva sur le malade aucun indice probant de spécificité.

On prononça enfin le mot de tumeurs malignes des os, mais la rapidité d'évolution de ces tumeurs, la marche nettement infectieuse de la maladie, l'aspect physique du malade un peu anémié il est vrai, mais sans cachexie et sans la teinte jaune paille, nous fit momentanément abandonner cette conception D'autre part, la recherche faite par le Dr Achard, dans l'urine fraîche de ce malade, d'albumose caractéristique de la carcinose, donna des résultats négatifs.

Pensant que l'examen du liquide céphalo-rachidien donnerait peut-être quelques renseignements, le Dr Achard essaya de faire une ponction lombaire : mais la difficulté de donner au malade une position convenable, et peut-être, comme nous le verrons plus tard, l'état de la colonne vertébrale à ce niveau amènent un échec : on n'obtient que quelques gouttelettes de liquide.

Pendant ce temps, les symptômes généraux s'aggravent de jour en jour : le malade a sans cesse des sueurs profuses, la faiblesse devient extrême ; la diarrhée augmente d'intensité et il y a maintenant de l'incontinence des matières ; enfin des escharres apparaissent aux fesses et dans la région sacrée.

Les troubles cérébraux sont tels que le malade ne comprend plus rien et balbutie sans cesse des paroles inintelligibles. Le délire nocturne et l'insomnie résistent à une piqûre de 1 cgr. de morphine et ne cèdent que pour quelques heures à une assez forte dose de chloral.

La température qui un soir s'est élevée à 38°8, se maintient aux environs de 38°.

L'amaïgrissement s'accentue de plus en plus, et, soit pour cette raison, soit aussi parce qu'elles s'accroissent rapidement, les tumeurs sont maintenant très saillantes, celle du sternum et de la région sous-mammaire gauche principalement. Certaines sont actuellement visibles qui ne l'étaient pas 3 ou 4 jours auparavant : c'est comme une explosion de tumeurs. On en constate ainsi :

Une sous la clavicule droite, au niveau des 1re et 2e côtes ;

Deux au milieu du sternum ;

Deux autres sur la 3e côte gauche ;

Sur la dernière côte flottante qui semble ainsi hypertrophiée ;

Enfin deux en arrière, au niveau des 7e et 8e côtes.

Le malade est très pâle et très anémié, sans présenter pourtant cette teinte jaune paille qui est comme la signature du cancer.

Le foie, plus facile à explorer, semble bosselé, de consistance inégale, il présente des noyaux plus durs au palper ; à droite surtout de l'organe, on a la sensation d'une masse dure, mamelonnée qui s'avance dans l'échancrure costale.

Cependant aucun trouble fonctionnel n'attire l'attention de ce côté, si ce n'est la douleur ; mais nous avons vu qu'elle était généralisée à tout le corps.

Pas d'autres ganglions que ceux que nous avons signalés au pli de l'aîne ; ceux-ci semblent avoir augmenté de volume, du côté gauche surtout.

Nous sommes ramenés alors à l'idée d'une néoplasie géné-

ralisée aux os, au foie, probablement aussi au poumon, à la plèvre et aux centres nerveux.

Sur ces entrefaits, nous apprenons par la femme du malade que *celui-ci a été soigné, il y a huit mois environ, pour la syphilis.* Il aurait eu alors des plaques muqueuses de la bouche et de l'anus. Cette femme nous montre des ordonnances où était prescrite à l'intérieur de la liqueur de Van Swieten.

En désespoir de cause, nous instituons sur le champ, un traitement mercuriel intensif.

Le 24 mars, injection dans les muscles de la fesse d'une solution contenant 2 cgr. de benzoate de mercure.

Ces piqûres sont continuées les jours suivants.

Malgré cela, l'état devient de plus en plus alarmant ; le 27 au matin, le délire a fait place à une espèce de torpeur avec une dyspnée notable.

Pendant la nuit suivante, le malade meurt dans une sorte de coma asphyxique.

Autopsie. La mise à nu du plastron sternal et du gril costal antérieur, laisse voir, soulevant les attaches musculaires, les tumeurs en question.

Disséquées, elles apparaissent sous forme d'amas mamelonnés, blanc rougeâtre, fermes, assez friables, adhérents au périoste sous-jacent, dans lequel elles semblent avoir pris naissance.

Les os sont intéressés, mais secondairement au périoste : ils sont à ce niveau ramollis, friables, se laissent facilement couper par le scalpel et la section montre comme une raréfaction du tissu osseux.

Poumons et plèvre. A l'ouverture du thorax, on voit le poumon gauche faire saillie sous forme d'un bloc volumineux, de consistance ligneuse.

Les plèvres qui le recouvrent lui sont adhérentes. Elles sont

épaissies, granuleuses et ont l'aspect d'une couenne rugueuse. Il n'y a pas trace d'épanchement pleurétique.

Ce bloc pulmonaire gauche pèse 1.400 grammes.

A la coupe, il laisse voir, partant de son hile, un noyau énorme, presque du volume des deux poings, de substance blanche, véritable tumeur encéphaloïde, dont le centre est en voie de ramollissement. Ce noyau occupe tout le poumon jusqu'à environ deux travers de doigt de la périphérie.

La coque de substance pulmonaire restante, d'aspect gris sale, présente des lésions de pneumonie secondaire avec nombreux petits noyaux disséminés dans ce parenchyme hépatisé.

Les ganglions du hile, de ce côté, forment un chapelet de tumeurs de la grosseur de mandarines. Les ganglions médiastinaux sont également pris. Leur coupe laisse voir des noyaux blanchâtres de substance encéphaloïde.

Le poumon droit présente simplement un peu de congestion.

Péricarde. Il semble avoir participé de l'épaississement pleural. Il se montre épaissi et rugueux sur son feuillet pariétal. Le feuillet viscéral paraît indemne.

Cœur. Refoulé vers la droite par le bloc pulmonaire, il est mou, étalé, flasque, un peu couleur feuille morte, légèrement graisseux. Il ne semble pas atteint de tumeurs cancéreuses et contient seulement dans ses cavités quelques caillots cruoriques.

Foie. Le foie est très notablement hypertrophié : son poids atteint 2.650 grammes. Sa surface est parsemée de quantité de « taches de bougie » de dimensions variables :

Les unes sont de petites taches blanches, de dimensions d'une tête d'épingle, assez semblables à des tubercules et ne faisant pas saillie à la surface de l'organe. Ce sont vraisemblablement des lésions de début du processus de dissémination.

D'autres sont des îlots plus étendus, d'un blanc nacré et qui font saillie comme de vraies taches de bougie.

Enfin, il y a de larges plaques cancéreuses, formées soit du développement de l'un des îlots précédents, soit de l'aggloméré-

ration de plusieurs îlots. Ces placards sont ombiliqués à leur centre, c'est-à-dire qu'ils forment sur l'organe des plateaux à surface concave.

Toute la partie droite du gros lobe du foie est envahie par une semblable tumeur.

A la coupe, on constate que le foie est bourré d'un grand nombre de ces noyaux. Le parenchyme hépatique qui les entoure paraît sain.

Estomac. Normal.

Pancréas. Renferme quelques petits noyaux.

Péritoine. Il se montre parsemé de petites taches ecchymotiques et les *ganglions mésentériques* sont gros et envahis par des tumeurs reconnaissables à la coupe.

Rate. Elle est hypertrophiée et pèse 295 grammes. Elle est molle, diffluente et ressemble en tout point à une rate infectieuse. Pas trace de tumeur dans son intérieur.

Reins. Sont gros, décolorés, graisseux au niveau du bassinet, mais sans lésions macroscopiques appréciables.

Ganglions inguinaux. Leur hypertrophie est due à la présence, à leur centre, de noyaux cancéreux secondaires.

Cerveau. Rien à signaler intus et extra, si ce n'est qu'il paraît pâle et exsangue.

Moelle épinière. Elle paraît macroscopiquement intacte.

Il n'en est pas de même de son étui osseux ; on constate, en effet, au niveau des trois premières vertèbres dorsales supérieures, une tumeur allongée, bosselée, intéressant le périoste des apophyses transverses et des lames, ainsi que l'os sous-jacent dont la substance est raréfiée et friable.

Même constatation dans la région lombaire, 1re et 2e vertèbres, au niveau du point où l'on avait tenté la ponction lombaire.

Le canal médullaire ne semble pas rétréci ; les méninges rachidiennes ne paraissent pas, à l'œil nu du moins, atteintes par ces tumeurs.

Enfin, il n'y a aucun indice de compression, ni d'altération de la moelle.

L'aspect et la coupe de toutes ces tumeurs montrent que l'on se trouve en présence d'une variété encéphaloïde soit de sarcorme, soit de carcinome.

Les plus grosses laissent voir dans leur intérieur plusieurs zones : une zone périphérique blanchâtre et lardacée, entourant une autre zone vascularisée et un peu ecchymotique ; enfin au centre, elles subissent une sorte de ramollissement couleur rouille.

Le raclage donne une quantité minime de suc cancéreux.

Examen histologique (d'après une coupe faite dans le foie et préparée par M. le Dr Jeanselme).

L'examen microscopique montre que le nodule néoplasique est formé d'une trame conjonctive, au milieu de laquelle se trouvent de nombreux éléments cellulaires fortement colorés par l'hématoxyline.

Ces éléments sont constitués par un gros noyau ovalaire, parfois allongé, autour duquel est une quantité minime de protoplasme.

Il est facile de reconnaître là, la structure du *sarcome à petites cellules ou sarcome globo-cellulaire*.

Autour du nodule, le tissu hépatique paraît sain ; on y rencontre çà et là des groupes de cellules rondes qui sont des nodules au début.

Enfin, on peut voir dans un vaisseau sanguin, vraisemblablement une veine, au milieu de globules rouges, des cellules sarcomateuses groupées en un noyau embolique ; ce qui montre bien que la généralisation s'est faite par la voie sanguine.

§ II. — Considérations pathologiques.

Selon toute vraisemblance, l'affection a débuté par les sarcomes vertébraux, peut-être à la faveur du traumatisme que nous avons signalé.

Ces tumeurs primitives se seraient manifestées, pendant leur développement, par des douleurs que l'on considéra comme une seconde attaque de rhumatisme ; puis à la suite, par de la raideur du rachis et de la faiblesse des jambes.

Pendant un an, l'affection en était restée à ce point, lorsqu'apparurent les premiers symptômes de la métastase pulmonaire. Est-ce, comme le pensait Verneuil, sous l'influence de la syphilis que s'est produite cette généralisation ? ou bien n'est-ce pas plutôt parce que les sarcomes appartenaient à une variété dont la généralisation est presque la règle ?

Quoi qu'il en soit, c'est au poumon, comme nous l'avons fait remarquer (chap. I), que doit être venue se fixer la première métastase sarcomateuse. Et en effet, la tumeur pulmonaire est non seulement la plus volumineuse, mais aussi elle présente à son centre un degré plus accentué de dégénérescence : enfin, ce sont les phénomènes pulmonaires qui se sont manifestés les premiers après les symptômes vertébraux.

Au début, quelques noyaux disséminés ont donné lieu

à des signes obscurs de bronchite ou d'affection pulmonaire banale ; puis, le développement des tumeurs ayant amené le poumon gauche à l'état de bloc massif, il en résulta les signes que l'on observe dans la pleurésie avec épanchement, dans la pneumonie massive, dans tous les cas enfin où il y a oblitération des grosses ramifications bronchiques avec condensation du parenchyme.

« Alors, dit Netter (1), non seulement, il n'y a ni expectoration, ni souffle, ni râles; mais les vibrations thoraciques sont abolies et la matité même est vraiment absolue, coïncidant avec l'abolition complète de l'élasticité à la percussion. Aussi les erreurs de diagnostic sont la règle. »

Ici, une voussure thoracique fit pencher vers le diagnostic de pleurésie.

L'adénopathie médiastinale a produit de la dyspnée. d'ailleurs explicable encore par l'état du poumon, et aussi de l'inégalité pupillaire. Cette dernière pourrait être également attribuée à l'excitation des premières paires dorsales par la tumeur ; on sait en effet que ces racines renferment les rameaux centrifuges unissant le centre cilio-spinal au premier ganglion thoracique du grand sympathique.

Les signes de péricardite observés trouvent leur explication dans l'état de la séreuse.

Quant à la dégénérescence du myocarde, nous ne sau-

(1) Netter, Maladies du poumon, *in Traité de méd.* Bouchard et Brissaud

rions dire s'il faut l'attribuer à l'anémie ou à l'action directe des toxines cancéreuses.

Aucun signe n'a jamais attiré particulièrement l'attention sur le foie : ni ictère, ni douleurs spéciales. Seules, l'hypertrophie de l'organe et la sensation de l'inégalité de sa surface, coïncidant avec l'apparition des tumeurs osseuses, ont pu à ce moment mettre l'esprit en éveil.

L'envahissement des côtes et du sternum semble s'être fait en dernier lieu et avoir débuté par le périoste. Il a été rapide et les tumeurs sous-cutanées sont restées sans caractères bien tranchés.

Il est curieux de constater que les manifestations générales de ces lésions contribuèrent plutôt à égarer le diagnostic. Nous avons signalé au début un peu d'amaigrissement, de la faiblesse, des sueurs profuses, enfin de la fièvre par intermittence : faits notés habituellement au début de l'infection bacillaire ; ajoutons à cela la douleur dans le côté gauche, qui pouvait être attribuée à une foule de causes. Plus tard, la fièvre devient continue avec légères variations, les douleurs se généralisent à tout le thorax, les centres nerveux paraissent touchés ; enfin, la faiblesse va jusqu'à l'adynamie comme dans les affections aiguës graves. Mais à aucun moment nous n'avons constaté d'adénopathie flagrante, ni de teinte cancéreuse des téguments.

Ce qui est surprenant, c'est qu'on n'ait rien trouvé, du côté des centres nerveux, qui puisse expliquer les phénomènes cérébraux et médullaires observés : ni tumeurs, ni signe de compression, ni lésion des enveloppes.

En résumé, le côté intéressant pour nous de cette observation, c'est que des sarcomes vertébraux, après avoir donné lieu tout d'abord à des troubles locaux passagers, se sont généralisés au bout de quelque temps avec une surprenante rapidité, sans que l'état général soit très profondément atteint, se localisant successivement au poumon, au foie, aux ganglions médiastinaux et mésentériques et, à la fin, aux os du thorax, sans retentissement notable sur les ganglions sous-cutanés ; enfin, ont évolué, au début, avec les allures d'affections banales ; en dernier lieu, prenant l'aspect d'une infection générale de l'organisme avec fièvre, délire, adynamie, signes de myocardite et même, état infectieux de la rate ; mais dans tous les cas ne laissant rien paraître de l'affection véritable et égarant jusqu'au bout le diagnostic.

CHAPITRE III

Faits cliniques empruntés à la littérature médicale.

Malgré la rareté de faits semblables, notre observation n'est point isolée dans la science; nous avons pu retrouver dans la littérature médicale quelques cas où la néoplasie fut également insidieuse et le diagnostic erroné ou tardif.

Laurent en publie un dans le *Bulletin de la Société anatomique* de Paris, 1877.

Le professeur Lemoine de Lille en cite un autre dans le *Bulletin médical du Nord*, en 1894.

La même année, son élève Messéant, ajoutant à ces faits deux autres observations, essaye de montrer dans, sa thèse, sans trop chercher à la résoudre, la difficulté du diagnostic dans la carcinose généralisée. Nous avons cru devoir à notre tour rapporter ces observations.

Mais en outre, nous signalerons une observation que Couëtoux, en 1881, présenta à la Société de médecine de Lille, sur un cas de cancer méconnu généralisé à la plèvre et au péricarde.

Auvray en 1893, Rosapelly en 1894, dans le *Bulletin*

de la Société anatomique, Lenoble en 1896 dans la *Revue de médecine*, citent également de ces cas hésitants de néoplasie généralisée.

Enfin, nous terminerons par une observation présentée par le docteur Petit, à la Société d'anatomie de Bordeaux en 1892, observation qui bien qu'incomplète, offre pour nous un très grand intérêt.

Nous avons systématiquement éliminé de notre sujet les cas rarissimes de carcinose miliaire aiguë primitive, parce que cette affection ne rentre pas dans le cadre que nous nous sommes tracé.

Nons avons réuni sans distinction les cas de sarcomatose et de carcinose pour les désigner avec Bard sous le nom général de *cancers*.

Nous pensons en effet, que si l'on rencontre dans le diagnostic d'une néoplasie généralisée des difficultés parfois insurmontables, il est vain, dans ces cas, de prétendre déterminer cliniquement la variété de tumeur maligne à laquelle on a affaire: carcinome et sarcome, avons-nous vu, peuvent prendre le même mode de généralisation et peuvent avoir alors la même allure trompeuse, comme il est facile de le constater dans nos observations.

En tout cas, au point de vue purement pratique qui nous occupe ici, la distinction en serait absolument superflue pour ne pas dire inutile.

Observation II (Résumée)

Publiée par Laurent, *in Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1877.

Malade âgée de 87 ans, entre à l'infirmerie de la Maison de retraite des Ménages le 23 mars, présentant des signes de *bronchite aiguë* avec *léger embarras gastrique.*

Le 13 avril, fracture spontanée de l'humérus par suite d'un effort fait par la malade pour s'asseoir sur son lit.

Le 22 mai, malgré l'immobilisation du membre, les fragments sont encore mobiles l'un sur l'autre. A ce niveau, l'os présente une tuméfaction molle et ovoïde assez considérable.

Vers cette date, toux assez fréquente accompagnée de fièvre ; on entend en bas, à droite et en arrière, des râles sous-crépitants fins.

Douleurs périthoraciques à gauche, au niveau des 5e, 6e et 7e côtes. Ces douleurs costales résistent à l'application de sinapismes.

Les jours suivants, l'aspect extérieur est assez satisfaisant ; les phénomènes pulmonaires s'amendent. Cependant l'appétit a beaucoup diminué, l'affaiblissement est très marqué. La malade se plaint d'étouffer : la respiration est faible et fréquente. *Il n'y a aucune coloration de la peau qui puisse faire songer à la cachexie cancéreuse.*

Morte le 31 mai.

Autopsie : Tumeur maligne de l'humérus avec généralisation au foie qui est bourré de noyaux dans son intérieur, au mésentère, au péritoine, aux poumons qui en sont farcis, aux plèvres pariétales, enfin aux ganglions du hile pulmonaire et du médiastin.

L'examen microscopique de la tumeur n'a pas été signalé.

Comme le dit l'auteur lui-même : « Cette observation est un exemple remarquable d'une évolution latente et peut-être assez rapide de la diathèse cancéreuse chez un sujet âgé, et de sa manifestation sur un grand nombre de points à la fois, sans qu'il y ait eu pendant la vie aucun symptôme de cachexie, ni aucun autre symptôme qu'une fracture survenue spontanément et n'arrivant pas à la consolidation ».

Ajoutons que les fractures spontanées avec pseudarthroses ne sont pas rares chez les vieillards atteints d'ostéoporose sénile, sans qu'il y ait pour cela de cancer.

Observation III (Résumée)

Recueillie par le docteur Delezenne, chef de clinique dans le service du professeur Lemoine (d'après Messéant).

L..., tisserand, 43 ans, entre à l'hôpital le 9 août 1893.

Antécédents héréditaires et *personnels* : rien à noter ; sa santé a toujours été excellente.

Malade depuis 15 jours seulement, son affection a débuté par une lassitude générale, anorexie, fièvre vespérale et diarrhée persistante.

Il est très amaigri ; pâle et anémié, il est en sueur au moindre effort. Les aliments sont rejetés aussitôt après leur ingestion ; la diarrhée est profuse.

Température : 38°5,

L'auscultation des poumons fait entendre des râles sibilants et ronflants disséminés, avec prédominance aux bases de râles

sous crépitants. Le malade tousse et expectore des crachats spumeux dans lesquels le microscope ne révèle pas de bacilles.

Souffle à l'orifice aortique ne se propageant pas. Douleur dans l'hypocondre droit, l'épaule droite et la région hépatique. Foie gros, lissé, débordant de 4 travers de doigt le rebord des fausses côtes ; son palper est douloureux.

Le ventre est ballonné et un peu douloureux à la pression.

Pas d'albumine, ni de sucre dans les urines.

Quantité normale d'urée.

Le facies du malade ne présente pas la couleur jaune paille permettant de faire croire à un cancer.

Ganglions périclaviculaires non tuméfiés et non perceptibles à la palpation.

Le diagnostic est hésitant : on soupçonne une endocardite infectieuse avec embolies microbiennes dans le foie, ayant amené un infarctus et peut-être un abcès de l'organe.

Puis, aggravation des symptômes : anorexie complète, amaigrissement progressif.

La fièvre, pendant quelques jours entre 38° et 39, oscille maintenant entre 38 le matin et 39°5 ou 40 le soir : *c'est le caractère de la fièvre hectique ou de la pyohémie.*

Le diagnostic posé est maintenu.

Mort au bout de 12 jours, sans nouveaux symptômes et sans aucune coloration rappelant même de loin la cachexie cancéreuse.

Autopsie : Noyaux cancéreux dans les deux-tiers inférieurs des deux poumons. Le cœur est pâle et graisseux.

Les ganglions médiastinaux sont envahis.

On découvre de nombreux nodules dans le foie, la rate, le pancréas. L'estomac lui-même présente un cancer en nappe étendu à la grande courbure.

Observation IV (Résumée)

Publiée par le professeur Lemoine, *in Bulletin médical du Nord*, 1894.

L. H..., 48 ans, entre à l'hôpital le 24 avril, parce que sa voix est disparue depuis le 1er avril. Il se plaint en outre de vertiges et de céphalalgie, suites d'une congestion cérébrale datant de 6 ans.

L'examen laryngoscopique révèle une sorte de parésie des muscles du larynx.

Pupilles rétrécies et inégales : la droite est plus grande que la gauche.

Sur la colonne vertébrale, on note une dépression allant de la 4e à la 7e dorsale ; la 8e proémine.

Douleurs intercostales des côtes correspondantes. Le malade n'a jamais subi ni chute, ni contusion.

Le cathétérisme de l'œsophage révèle un rétrécissement du cardia.

Pas de ganglions sus-claviculaires. Ni vomissements, ni diarrhée ; mais amaigrissement depuis 3 mois. Pourtant le facies est coloré et l'état général assez bon.

L'auscultation des poumons ne présente rien d'anormal.

9 mai. Les douleurs thoraciques deviennent très vives, surtout à la pression.

24 mai. Le malade a des crachats rouillés, un peu adhérents au vase, très fétides. A l'auscultation des poumons, on entend surtout à droite des sous-crépitants et des râles de *bronchite*. Pas de fièvre.

Mort le 22 mai

Autopsie : Noyaux néoplasiques aux bases des deux poumons. Les ganglions médiastinaux entourant le larynx sont tuméfiés et adhérents aux tissus voisins. Noyaux dans le corps thyroïde. Tumeur sur le bord droit de la colonne vertébrale, au niveau des 5e et 6e dorsales, laissant intacts les corps vertébraux et le canal médullaire.

Les côtes correspondantes sont atteintes et friables.

Nombreux nodules dans le foie, pancréas, rein droit, ganglions mésentériques. Tumeur au cardia.

« En résumé,écrit l'auteur, il paraît difficile de préciser le point de départ du cancer à cause de la multiplicité et du grand développement des foyers cancéreux rencontrés dans les différents organes.

« Le malade faisant remonter le début des symptômes douloureux à un mois et demi environ, les lésions ont évolué avec une grande rapidité.

« Enfin, aucun signe de cachexie cancéreuse n'a permis de supposer une généralisation aussi hâtive de tumeur maligne. »

Observation V (Résumée)

Recueillie dans le service du professeur Wannebroucq par le docteur Brunelle, chef de clinique (d'après Messéant).

Malade âge de 36 ans, entre le 5 octobre 1893, parce qu'il est oppressé, tousse et se plaint d'une grande faiblesse.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde à 26 ans.

Ni éthylisme, ni syphilis.

Le début de son mal remonte au mois d'août : toux fréquente,

pénible ; perte d'appétit ; accès de fièvre tantôt le matin, tantôt le soir.

Cette fièvre va croissant et l'oblige à s'aliter.

Affaiblissement progressif. Douleur à caractère névralgique dans le dos, entre les omoplates et à leur niveau.

Appétit nul. Le malade a beaucoup maigri.

Etat actuel : Sujet bien musclé ; l'amaigrissement sur le corps ne paraît pas aussi considérable qu'il le dit.

Pas de cachexie. Teinte subictérique de la peau et des conjonctives.

La perte de forces est très marquée : le malade est couché sur le dos, les membres flasques, se met avec peine sur son séant.

Phénomènes thoraciques peu accentués : toux légère, submatité aux deux bases ; *râles de bronchite.* Pas de signes de bacillose aux sommets ; crachats spumeux, muqueux, striés de sang.

Les douleurs dans le dos ne sont plus spontanées ; mais on les détermine par la pression dans certains espaces intercostaux.

Foie et rate volumineux.

Appétit nul ; mais ni vomissements, ni diarrhée.

Pas de fièvre. Ni délire, ni troubles intellectuels.

Dans les jours suivants la température oscille entre 37 et 38°, s'élevant pour un seul jour à 38°5.

Le malade parle sans cesse sans délirer, mais il répond mal aux questions qu'on lui pose.

Mort dans le coma, le 20 octobre.

Nécropsie : Les deux poumons sont farcis de tumeurs se touchant presque. Foie volumineux parsemé de noyaux abondants et gros.

Noyaux également dans les reins, la rate, sur l'intestin.

Cinq ou six tumeurs sur la face interne de la dure-mère. Petites tumeurs dans le cerveau.

Noyau dans le testicule.

Pas de ganglions sus-claviculaires

Observation VI (Résumée)

Publiée par Rosapelly in *Bulletin de la Société anatomique*, 1894.

Femme de 74 ans, d'une constitution robuste et d'un embonpoint encore assez marqué, entre le 20 février à Saint-Antoine.

Elle présente une hémiplégie à droite avec aphasie complète.

On a malheureusement peu de renseignements à son sujet. Elle a toujours joui d'une excellente santé ; c'est depuis six mois seulement qu'elle s'est affaiblie peu à peu.

Ses facultés intellectuelles et sa mémoire en particulier, se sont abolies graduellement.

La paralysie du côté droit a été remarquée il y a trois mois seulement et s'est accrue de jour en jour depuis cette époque.

Cette paralysie est actuellement complète pour la motilité. La sensibilité persiste partout.

Incontinence d'urine et des matières fécales. Rien au cœur.

Cet état reste stationnaire jusqu'au 18 mars, époque à laquelle surviennent du coma, de la contracture des membres paralysés, du stertor.

Mort 24 heures après l'explosion de ces accidents.

Autopsie : 4 tumeurs de volume variable dans l'épaisseur de l'hémisphère cérébral gauche.

Dans le poumon droit, masse indurée du volume d'une

pomme, entourée d'une zone hépatisée. Cœur légèrement graisseux.

L'utérus contient un noyau néoplasique et la paroi vésicale possède également plusieurs petites tumeurs arrondies.

L'examen histologique montre qu'il s'agit de sarcome encéphaloïde.

Malgré la différence d'allures cliniques de la néoplasie dans ce cas, avec celles qu'elle revêt dans nos autres observations, nous n'avons pas hésité à le rapporter. Cette forme, en effet, devait autant donner lieu au diagnostic de syphilis cérébrale qu'à celui de carcinose : les sarcomes des autres organes n'ont pas attiré l'attention et on n'a signalé chez la malade aucun symptôme pouvant éveiller l'idée de tumeurs cancéreuses.

Observation VII (Résumée)

Publiée par Lenoble, *Revue de Médecine*, Paris, 1896

Malade âgé de 45 ans, entre le 22 février salle Bazin, lit n° 2, chez le professeur Hayem.

Antécédents : Constitution robuste. Pas de maladie antérieure grave.

Début de la maladie actuelle, il y a un an, par de la faiblesse des jambes, sans aucune douleur ; difficulté de monter les escaliers.

Diminution de l'appétit. Amaigrissement progressif.

Il y a cinq mois, apparition sur le pariétal gauche d'une petite tumeur qui s'ulcéra ; puis une deuxième sur la partie latérale droite du cou.

Enfin, en deux ou trois mois se montrent une quantité considérable de tumeurs.

Pas de fièvre. Pas de douleurs.

L'amaigrissement continue, l'appétit est presque nul. Il y a des crises de diarrhée et de sueurs profuses.

Appareil respiratoire : Au sommet gauche, submatité ; en arrière, respiration rude, vibrations intactes.

A droite, frottements à la base.

Rien au *cœur*. *Foie* gros.

Pas de troubles de la miction, ni de troubles nerveux.

13 mars : Le malade maigrit de plus en plus ; il peut à peine se tenir debout.

Depuis trois jours, il urine dans son lit et est gâteux.

Tendance aux troubles cérébraux : hypocondrie, idées tristes.

Mort le 18 mars.

Autopsie : Tumeurs sarcomateuses de la peau.

Poumons farcis de tumeurs semblables. Cœur également envahi. Les reins présentent de nombreuses granulations de sarcome. Rate hypertrophiée, un peu molle. Le foie est intact. Nombreux noyaux dans le péritoine.

D'après l'auteur, ce malade présentait à un examen superficiel des signes qui l'avaient fait passer pour un tuberculeux avant son entrée dans le service : (amaigrissement, signes des sommets). Mais les noyaux sous-cutanés multiples modifièrent cette manière de voir. On pensait à des tuberculomes ou à de la fibromatose, quand l'examen direct de l'une de ces tumeurs montra qu'il s'agissait de sarcomatose.

Observation VIII

Cancer propagé à la plèvre et au péricarde.

Recueillie par Couëtoux, service du professeur Desplats, Hôpital Sainte-Eugénie.

S... Emile, 29 ans, forgeron, entre le 1er septembre 1880. Apparence robuste : fort et bien musclé.

Antécédents. Variole en 1870.

Cette année, au commencement d'août, il fut pris d'une légère douleur au-dessous du mamelon droit, mais si légère qu'il ne la ressentait que pendant le repos de la nuit. Au bout de quelques jours, cette douleur disparut.

Le 18 août, à la suite d'un grand excès de travail, il est pris de dyspnée intense qui l'oblige à rester constamment assis nuit et jour.

Pas de frissons, ni toux, ni crachats. Il mange un peu, digère bien ; mais doit cesser tout travail.

A son entrée à l'hôpital, on constate tous les signes d'un vaste épanchement pleural, occupant tout le côté gauche de la poitrine. Il ne tousse pas et déclare n'avoir jamais toussé.

La face est congestionnée, les lèvres violettes, les veines distendues, formant de gros cordons sur le front, le cou, la tête et les bras. Le malade, qui s'exprime avec intelligence et précision, affirme que son système veineux fut toujours développé ainsi.

Appareil circulatoire. Les bruits du cœur paraissent lointains et assourdis ; le pouls est inégal, intermittent, misérable ; il y a des signes de péricardite et une asytolie marquée.

On pratique successivement 3 thoracentèses :

Le 1er septembre, on retire un litre de liquide citrin, dans

lequel on constate le lendemain un dépôt de globules sanguins.

Le 3, un litre de liquide sanglant.

Le 13, c'est du sang presque pur, laissant déposer le lendemain des globules purulents.

Il y a un œdème considérable du thorax à ce moment, malgré la médication intense.

Peu de toux. L'albumine apparaît dans l'urine à la suite de l'application d'un vésicatoire.

Le malade est constamment en sueurs dans les derniers jours ; sa dyspnée s'accroît et il meurt, le 13 septembre, asphyxié et algide.

Autopsie : 2 litres de liquide rougeâtre dans la cavité pleurale. Dans le péricarde, une centaine de grammes de liquide louche. Ce liquide sanglant répandu dans le péricarde et la plèvre donne l'explication des faits observés et de l'inefficacité du traitement.

On avait prévu la péricardite et la pleurésie ; *mais ce qui causa une véritable surprise, ce fut la découverte* :

Dans le médiastin antérieur, d'une tumeur énorme, dure, blanchâtre, stratifiée, ayant son origine et son centre dans le péricarde pariétal épaissi et accolé au sternum. Cette masse comprimait la veine cave supérieure, d'où la cyanose et la dilatation des veines.

De là cette tumeur s'étendait aux deux plèvres pariétales. Poumon droit congestionné ; poumon gauche atélectasié.

La plèvre diaphragmatique gauche surtout, renferme de nombreux et volumineux noyaux.

Les ganglions du poumon et du diaphragme ne sont pas atteints.

La nature histologique du néoplasme n'a pas été déterminée.

Dans ce cas, on avait pu diagnostiquer la péricardite et la pleurésie ; mais on n'avait pas prévu la nature des

lésions qui leur avaient donné naissance et la carcinose était restée méconnue.

Observation IX (Résumée)

Publiée par Auvray. *Bulletin de la Société anatomique.*

Cancer primitif du pancréas méconnu. Cancers secondaires du foie et du poumon. Phénomènes de gangrène pulmonaire.

Le nommé B..., âgé de 51 ans, tailleur de pierre, entre à Necker le 15 juin 1893.

Antécédents personnels et héréditaires : rien à signaler. La santé a toujours été parfaite jusqu'au début de l'affection actuelle.

Le début des accidents remonte au mois de mars : à la suite d'un refroidissement, le malade fut pris d'une toux intense, qui a persisté depuis cette époque ; ses forces se sont notablement affaiblies, en même temps que survenait l'amaigrissement.

Malgré ce mauvais état toujours croissant, il a continué son dur travail jusque vers le 21 mai.

A partir de ce moment, il a dû s'aliter ; l'état général est devenu de plus en plus grave et le 15 juin, il entre dans notre service.

Etat actuel: Ce sujet est dans une grande faiblesse et en proie à une dyspnée intense ; il répond à peine aux questions qui lui sont posées.

Son état général est très alarmant ; il est plongé dans l'adynamie profonde ; la langue est humide et recouverte d'un enduit grisâtre.

Pouls petit, faible, irrégulier.

L'expectoration abondante, liquide, brunâtre et d'une fétidité extrême, appelle l'attention du côté du poumon.

Percussion : matité absolue au niveau de la base droite.

Vibrations égales des deux côtés de la poitrine.

Auscultation : à droite, au sommet, râles ronflants et sibilants, respiration soufflante, peu intense, expiration prolongée.

Dans le quart inférieur du poumon droit, on constate l'existence d'un foyer de broncho-pneumonie avec souffles et râles sous-crépitants ; mais pas de râles crépitants proprement dits.

A gauche, au sommet, respiration soufflante. Les deux sommets paraissent suspects.

En avant et des deux côtés, respiration humée, d'où léger degré d'emphysème pulmonaire.

En présence de ces signes, on pose le diagnostic de gangrène pulmonaire ; mais la cause en reste douteuse.

Pronostic sévère.

Le 19 juin, les signes physiques sont vagues ; on ne trouve plus les râles sous-crépitants du début : sibilances dans toute l'étendue du poumon droit.

Les urines renferment de l'albumine.

Température de 39°2. Le malade est anxieux ; le soir, il présente du délire.

Le 20 juin, le malade succombe dans la journée, à la suite d'une hémoptysie abondante survenue brusquement.

Autopsie : Organes abdominaux. Le pancréas est le siège d'une néoplasie qui a envahi principalement la tête et montre des bosselures irrégulières.

Capsule surrénale droite rattachée au pancréas par du tissu cancéreux. Les ganglions cœliaques sont pris.

Foie de volume normal : quelques nodules cancéreux au voisinage du péritoine diaphragmatique.

Les autres organes sont intacts.

Organes thoraciques : lésions localisées au côté droit.

Poumon droit et sa plèvre pariétale diaphragmatique sont envahis par le processus et ne forment qu'une seule masse avec

la plèvre viscérale et la base du poumon ; infiltration néoplasique de la plèvre costale.

Dans son tiers supérieur, le poumon est emphysémateux.

Dans le reste de son étendue, le parenchyme est envahi par le néoplasme et des nodosités cancéreuses de volume variable sont disséminées dans son épaisseur et à sa surface.

Dans le tiers inférieur surtout, noyau cancéreux jaunâtre, de consistance ferme, de la grosseur d'une orange.

Au dessous de lui, vaste caverne à parois anfractueuses, irrégulières, noirâtres, présentant encore quelques brides de tissu gangrené. Cette caverne formée par la désagrégation du néoplasme explique les phénomènes de gangrène et l'hémorrhagie foudroyante finale.

Les ganglions du hile sont également envahis.

Les autres organes paraissent sains.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un carcinome.

Ce qui paraît intéressant dans cette observation, c'est la *marche insidieuse* de l'affection.

Le cancer de la tête du pancréas ne s'est révélé par aucun de ses symptômes habituels ; les lésions pulmonaires seules ont attiré l'attention : la dyspnée intense, l'état général du sujet, l'examen minutieux du poumon, l'expectoration fétide devaient faire porter le diagnostic de gangrène pulmonaire ; or, cette gangrène n'était qu'un épiphénomène, dont l'origine demeura jusqu'au bout inconnue.

Observation X

Sarcomatose ou carcinose généralisée.

Présentée par le docteur Petit à la Société anatomique de Bordeaux, séance du 11 juillet 1892.

Malade âgé de 42 ans, entre le 7 avril dernier, salle 19, lit nº 13, pour un point de côté violent à droite.

Antécédents personnels : rien à signaler, si ce n'est un alcoolisme invétéré et un chancre datant de 21 ans, mais qui paraît n'avoir laissé aucune trace.

Ce point de côté débuta un jour à la suite d'une très longue marche qu'avait faite le malade.

A son entrée à l'hôpital, l'absence de tout signe extérieur ou stéthoscopique, de toute localisation de la douleur et de tout phénomène dépendant d'une lésion centrale, fit porter par le docteur Mandillon le diagnostic de pleurodynie chez un alcoolique.

Néanmoins, la douleur résista à tout traitement hypnotique ou révulsif. L'état général resta d'ailleurs excellent jusqu'à il y a environ 1 mois.

A cette époque le malade commença à maigrir et à perdre son appétit. De plus, il y a une quinzaine de jours, il attira notre attention sur un fait dont lui-même avait été averti par ses camarades de salle : il s'agissait de deux tumeurs, du volume d'un petit œuf environ et symétriquement placées de chaque côté de la colonne vertébrale, au niveau de l'angle de l'omoplate ; tumeurs dures, lisses, régulières, sans changement de coloration de la peau. *La possibilité d'un abcès froid fut émise immédiatement* ; une ponction pratiquée dans chaque tumeur resta négative ; de plus, les apophyses épineuses correspondantes étaient indolentes.

Cinq jours après, les douleurs continuent, nouvel examen :

Le malade maigrit rapidement, ne mange plus ; son moral est très affecté.

Les deux tumeurs ont au moins doublé de volume ; elles gardent le même aspect, la même consistance.

De plus, à l'examen du thorax on note une voussure très nette de la base du thorax du côté droit, dont la paroi semble œdématiée. Les espaces intercostaux sont effacés ; la mensuration et le signe du cordeau indiquent une translation à droite très nette de la base du thorax et une augmentation de volume de ce même côté d'environ 4 centimètres.

La palpation de la région correspondant au foie est très douloureuse. Le foie est également très nettement augmenté de volume ; son rebord inférieur, qui dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt, est également très douloureux. Pas d'ictère, de diarrhée, de vomissements, ni d'épistaxis.

Enfin, l'auscultation du poumon est absolument négative. Pas de crise de dyspnée ; pas de douleurs le long du phrénique.

Devant l'ensemble de ces phénomènes, faut-il se rattacher à l'hypothèse d'une corrélation entre les deux tumeurs du dos et les phénomènes observés du côté du foie, et émettre l'idée d'une carcinose ou d'une sarcomatose généralisée ?

C'est l'avis de M. le docteur Mandillon, opinion qui simplifie de beaucoup le traitement en aggravant le pronostic.

Quant à nous, fort des exemples que nous fournissent les précédentes observations, nous croyons également que ce diagnostic est le seul acceptable.

Il est regrettable qu'il n'ait été vérifié par l'anatomie pathologique ; mais malgré nos recherches nous n'avons pu trouver le compte-rendu de la nécropsie de ce malade.

CHAPITRE IV

Du diagnostic de la généralisation cancéreuse

Parmi les faits que nous venons de citer, il en est quelques-uns qui, dans la forme, sembleront peut-être un peu disparates ; mais au fond, il s'agit toujours du même mode clinique : toujours la tumeur primitive est demeurée latente ou ne s'est manifestée que par des signes obscurs et équivoques ; la généralisation s'est montrée insidieuse et ne s'est révélée que sous le masque d'affections banales et sur lesquelles s'est égaré, au moins pour un certain temps, le diagnostic.

Nous sommes en droit de nous demander si pourtant, l'analyse des symptômes observés dans ces cas ne nous y ferait pas découvrir quelques caractères capables de mettre le clinicien sur la voie du diagnostic et si même certains signes ou certaines réactions que l'on a dits pathognomoniques du cancer, ne permettraient pas d'affirmer l'existence d'une tumeur généralisée.

Il est clair que, si au cours de l'évolution de la néoplasie, il se produisait du côté d'un organe, siège de la tumeur primitive ou de sa métastase, des symptômes attestant la présence du cancer, ou du moins, attirant l'attention sur cette affection, rien ne serait alors plus logique

que d'attribuer à la généralisation du néoplasme, tous les symptômes plus ou moins vagues observés en même temps dans les autres organes.

Le diagnostic d'ailleurs serait non moins facile si, au milieu de ces symptômes apparaissaient ceux de la cachexie cancéreuse.

Or, avons-nous trouvé, dans nos observations, des manifestations locales ou générales capables de nous éclairer sur la nature du mal ?

§ I. — Symptomes locaux.

Examinons successivement les différents organes auxquels s'est propagée la néoplasie.

Cancer du poumon. — Le poumon fut 9 fois sur 10 le siège de métastase cancéreuse. « Or, il peut arriver, dit Marfan (1), que le cancer se développe dans le poumon sans que rien n'en révèle l'existence. Andral, Walshe, Verneuil, Potain, en ont cité des observations. »

Au début, quelques noyaux disséminés ont pu passer inaperçus (obs. IV) ; une tumeur du volume d'une pomme, même, est restée complètement latente (obs. VI).

Dans la plupart des cas, les premiers symptômes et souvent les seuls observés, malgré une généralisation pulmonaire intense, ont été ceux d'affections banales des voies respiratoires ; bronchite, emphysème (dyspnée), congestion pulmonaire, phénomènes de broncho-pneumonie ou même de tuberculose (obs. VII et IX).

(1) Marfan, Cancer du poumon in *Traité de médecine* Bouchard et Brissaud, 2e éd., t. VII.

A la fin, on a pu observer des signes de gangrène pulmonaire, après ulcération de la tumeur, se terminant par une hémoptysie foudroyante (obs. IX).

Enfin, dans notre observation personnelle, le développement énorme du sarcome, son envahissement en masse, a donné lieu, comme nous l'avons déjà dit, à des signes de pleurésie avec épanchement ou de pneumonie massive.

Cancer de la plèvre. — Deux fois seulement, la plèvre fut prise : dans notre observation, il n'y avait pas d'épanchement et les phénomènes pleuraux restèrent confondus avec les phénomènes pulmonaires. Mais dans l'observ. VIII, la réaction pleurale s'est traduite par un épanchement abondant ; le liquide d'abord citrin, devint sanglant ; puis la troisième ponction n'amena que du sang mélangé de pus.

Le professeur Dieulafoy insiste sur le caractère hémorrhagique de l'épanchement dans le cancer de la plèvre (1) ; mais on retrouve également ce caractère dans la pleurésie tuberculeuse et l'hématome pleural. « Le diagnostic, dit Netter (2), est difficile lorsque la pleurésie hémorrhagique constitue — comme dans ce cas — la seule manifestation morbide. »

Cancer des ganglions médiastinaux. — « Les tumeurs malignes secondaires du médiastin sont aussi quelquefois très difficiles à reconnaître » (Marfan). Ou

(1) Dieulafoy. *Des pleurésies hémorrhagiques* ; *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1885.

(2) Netter, art. Pleurésie, in *Traité de médecine*. Bouchard et Brissaud.

bien elles passent inaperçues (obs. III), ou bien elles se manifestent par des symptômes qui sont ceux des tumeurs médiastinales ou de l'hypertrophie de tout organe du médiastin : c'est de l'inégalité pupillaire (obs. I), accompagnée de phénomènes laryngés (obs. IV), ou bien de la dypsnée (obs. II), de la cyanose de la face et du cou par compression veineuse (obs. VIII), signes que l'on relève aussi bien dans l'anévrysme de l'aorte que dans l'adénopathie tuberculeuse du médiastin.

Cancer du péricarde. — Les seuls signes de la participation du péricarde ont été ceux de la péricardite sèche (obs. I), ou de la péricardite avec épanchement (obs. VIII ;) ils n'ont, comme on le voit, rien de spécial.

Cancer du foie. — La propagation de la néoplasie au foie a donné lieu à un petit nombre de symptômes fonctionnels : la douleur existait dans l'observ. I, mais, elle n'était pas seulement localisée à la région hépatique. Dans l'observ. III, on notait en outre de la douleur dans l'épaule, du subictère (obs. V), signes communs à un certain nombre d'affections hépatiques.

Dans certains cas (obs. II et IV), malgré un nombre respectable de noyaux cancéreux, aucun signe n'attira l'attention sur le foie.

Enfin si les noyaux sont à l'intérieur de l'organe (obs. III et V) la surface est lisse et le foie paraît simplement hypertrophié comme dans les congestions aiguës ou chroniques de ce viscère ; si les noyaux font saillie à la surface, on peut croire à une hyperplasie nodulaire, à des abcès emboliques (obs. III) et même à la syphilis.

Cancer du pancréas. — Les signes habituels du cancer du pancréas sont : l'ictère, la glycosurie, les selles graisseuses, l'ascite. Or rien de semblable ne fut remarqué dans l'observation IX où une tumeur de la tête de cet organe resta méconnue jusqu'à l'autopsie. Aucune manifestation n'est apparue malgré la présence de nombreux noyaux (obs. III et IV).

Cancer de l'estomac. — Un cancer de la grande courbure a donné lieu simplement au rejet des aliments sitôt après l'ingestion (obs. III), phénomène qui passa presque inaperçu au milieu de signes d'infection générale aiguë. Dans le même ordre d'idées, le docteur Marfan cite un cas observé avec MM. les professeurs Brouardel et Bouchard, où un cancer de l'estomac ne se manifesta pendant six mois, et à la suite d'une grippe, que par une anorexie invincible : il ne fut découvert que par le palper stomacal fait à la suite de l'apparition d'une tumeur cancéreuse secondaire dans le deuxième espace intercostal gauche.

Cancer du rein et de la rate. — Les noyaux secondaires ne s'y révélèrent par aucun symptôme. Dans un cas, cependant, la rate est signalée comme grosse (obs. V), ce qui n'a rien de caractéristique.

Cancer vertébral. — Dans notre observation il s'est manifesté par des phénomènes de douleur et de raideur, par le signe de Kernig, enfin par de l'incontinence des urines et des fèces ; on n'a jamais constaté aucune déformation de la région. Ce sont des faits que l'on observe dans les arthrites vertébrales, le mal de Pott, la syphilis médullaire et même la méningite cérébro-spinale.

On signale une très légère déformation dans l'observ. IV, mais sans symptôme médullaire.

Cancer de l'encéphale et des méninges. — Des tumeurs de la face interne de la dure-mère et du cerveau ne donnèrent lieu à aucun délire ni troubles mentaux (obs. V).

D'autre part, quatre tumeurs de l'hémisphère cérébral gauche (obs. VI) produisirent uniquement des phénomènes d'hémiplégie droite progressive, signes imputables aussi bien à des gommes ou des enostoses syphilitiques.

Inversement, des troubles cérébraux se sont manifestés sans lésions apparentes des centres (obs. I et VIII).

En résumé, la présence de noyaux cancéreux dans ces divers organes ne s'est révélée parfois par aucun symptôme et dans tous les cas, les symptômes observés localement n'offraient rien de spécial qui plaidât en faveur d'un néoplasme.

Tumeurs sous-cutanées. — Dans quelques cas cependant la généralisation néoplasique a envahi, en même temps que les viscères, des organes plus superficiels : côtes et sternum (obs. I) vertèbres ou omoplates (obs. X) et même la peau (obs. VII) ; il en est résulté des tumeurs apparentes et palpables.

Cliniquement, ces tumeurs dures, lisses, demeurèrent sans caractères bien nets; rien ne les distinguait absolument des abcès froids et des gommes bacillaires ou spécifiques. Les tumeurs cutanées même laissèrent hésiter entre tuberculomes et fibromes.

L'examen microscopique, dans ce dernier cas, permit de faire le diagnostic de sarcomatose de la peau, consécu-

tive probablement à de la sarcomatose viscérale, hypothès qui permettait d'expliquer les symptômes observés du côté des organes internes.

Babès et Stoïcesco ont pu ainsi, par l'examen microscopique des métastases sous-cutanées, diagnostiquer des tumeurs malignes viscérales demeurées latentes. C'est ainsi qu'un cancer de l'estomac ne donnant lieu qu'à des troubles digestifs vagues et banaux, a pu être diagnostiqué par eux, grâce à l'examen d'une petite tumeur métastatique sous-cutanée. Il serait même possible de savoir ainsi quel est l'organe primitivement atteint, d'après cette loi générale que « les tumeurs secondaires reproduisent la tumeur originelle, tant au point de vue des caractères macroscopiques que des caractères histologiques ».

Malheureusement, ce procédé si précieux de diagnostic n'est pas toujours applicable. Il suppose d'abord la présence de tumeurs cutanées ou sous-cutanées ; or, dans trois cas seulement sur nos dix observations, ces tumeurs existaient. De plus, elles sont apparues assez tardivement: dans l'observation VII, la première tumeur pariétale se montra sept mois après le début des accidents ; pendant ce temps, on avait considéré le malade comme bacillaire. Dans notre observation personnelle, les tumeurs osseuses ne sont guère apparues que quinze jours avant la mort, c'est-à-dire après de nombreuses erreurs de diagnostic commises.

Enfin, il n'est pas toujours inoffensif de prélever un morceau de la tumeur pour en faire l'examen. C'est déjà une petite opération chirurgicale, à la suite de laquelle

on peut craindre l'infection secondaire, ou un bourgeonnement de la tumeur sollicité par cette intervention, d'où son développement rapide hâtant la terminaison fatale.

§ II. Symptomes généraux

C'est surtout par la constatation des symptômes généraux que se fait ou se confirme habituellement le diagnostic du cancer.

Ces symptômes sont : en premier lieu, le syndrome de la cachexie cancéreuse, caractérisé par la triade suivante :

Amaigrissement.

Anémie avec teinte jaune paille des téguments.

Adénopathies.

En second lieu, les troubles et modifications de la sécrétion urinaire.

Enfin, la phlegmatia alba dolens, qui est plutôt une complication.

Il semblerait, de prime abord, qu'une généralisation aussi intense du processus néoplasique aurait dû avoir pour conséquence, à la période ultime du moins, l'apparition, dans toute leur netteté, de ces symptômes généraux et en particulier ceux de la cachexie cancéreuse.

Voyons ce qu'il en fut.

Cachexie cancéreuse

Amaigrissement. — Dans nos observations, l'amaigrissement est noté comme précoce. Progressif et assez lent tout d'abord, il devient à la fin plus rapide, mais ne va jamais jusqu'à ce degré d'émaciation que l'on rencontre dans la bacillose, le cancer même et autres maladies consomptives ; on note même parfois un certain embonpoint (obs. VI). Cela tient probablement à ce que, dans la carcinose généralisée, la durée de la maladie est moins grande et la mort survient plus rapidement.

Quoi qu'il en soit, considéré seul, l'amaigrissement n'a pas grande valeur diagnostique, puisqu'il est le fait commun de toute maladie où la nutrition est compromise, la tuberculose en particulier. Comme dans cette dernière affection d'ailleurs, il s'accompagne souvent de sueurs profuses (obs. I, III, VII et VIII).

Anémie. Caractères du sang. — L'anémie a été signalée en même temps que l'amaigrissement. Pour la même raison, elle n'a jamais été très accentuée, et surtout, on ne trouve notée nulle part la teinte jaune paille si caractéristique et qui est le sceau habituel du cancer. Au contraire, tous les observateurs insistent sur l'absence de ce signe et sur l'apparence relativement bonne de l'aspect extérieur. Le facies est même resté parfois normalement coloré (obs. IV).

D'après Quinquaud, on noterait dès le début du cancer une forte diminution de l'hémoglobine.

D'autre part « les tumeurs désignées sous le nom de

« cancer, dit le professeur Hayem, s'accompagnent à leur
« période d'état, d'une légère augmentation des globules
« blancs. Ce fait est d'autant plus sensible qu'en géné-
« ral, il existe une diminution très notable des hématies.
« Les sarcomes paraissent déterminer une leucocytose
« encore plus accentuée. »

Dans les cas où, comme ceux qui nous concernent, les caractères cliniques de l'anémie cancéreuse sont peu marqués, l'examen du sang pourrait-il rendre quelque service ? C'est l'avis du professeur Hayem : « Ces faits paraissent assez constants pour que l'examen du sang, chez les malades *atteints de tumeurs*, puisse être utile au diagnostic. »

Dans les cas que nous mentionnons, nous n'avons ni fait, ni trouvé signalées ces recherches ; mais Alexandre (1) en aurait retiré des résultats remarquables dans un cas d'épithélioma du pied où, en l'absence de complications inflammatoires, la constatation de 14.000 globules blancs lui fit admettre la possibilité d'une diathèse cancéreuse. L'autopsie du malade révéla plusieurs néoplasmes viscéraux.

« Cependant, ajoute M. Hayem, l'absence de leucocytose ne permettra pas de repousser le diagnostic de cancer. » Elle peut en effet manquer dans les tumeurs malignes.

D'ailleurs, comme le fait remarquer M. Delbet, la leucocytose est un phénomène banal, commun à une foule de processus morbides : suppuration, hémorrhagie, état

(1) Cité par Hayem.

infectieux. Elle n'a donc aucune valeur spécifique, et *à fortiori*, lorsque rien ne fait penser plus particulièrement à la diathèse cancéreuse.

Toutefois, si le diagnostic restait circonscrit entre cancer et syphilis, on pourrait peut-être tirer quelque éclaircissement de ce fait, que la leucocytose existant dans ces deux cas, serait une polynucléose dans le cancer et une mononucléose dans la syphilis.

Somme toute, on ne saurait attribuer à ces faits, surtout dans les cas que nous envisageons, des conséquences diagnostiques très importantes.

Adénopathie. — Le processus néoplasique peut envahir non seulement les ganglions situés à proximité de la tumeur ; mais des métastases ganglionnaires sous-cutanées peuvent accompagner le cancer de tout organe abdominal. Ces faits sont surtout connus depuis les travaux de Leube, Virchow, Hénoch et Friedreich (1) ; Troisier en France.

Le docteur Troisier a particulièrement attiré l'attention sur la présence de ganglions à la région sus-claviculaire dans les cas de cancers profonds et abdominaux. Ces ganglions, d'après Delassus, doivent être recherchés dans le triangle sus-claviculaire, entre les faisceaux du sterno-cléido-mastoïdien, immédiatement au-dessus de la clavicule, parfois assez profondément en arrière d'elle.

Dans ses cliniques, le professeur Jaccoud insiste sur l'importance de l'adénopathie cervicale dans le diagnostic du cancer de l'estomac.

(1) Cités par Delassus.

Enfin, d'après Viannay, presque tous les cancers viscéraux peuvent s'accompagner d'adénopathie inguinale à distance, adénopathie qui, en raison de la situation superficielle du groupe inguinal, est un signe de la plus haute importance.

La date de l'envahissement ganglionnaire est variable ; elle paraît être en rapport avec la malignité de la tumeur et avec la richesse en lymphatiques de la région où elle siège (Regaud et Barjon) (1).

Tantôt cet envahissement est tardif et constitue un épisode effacé d'une généralisation déjà avancée ; tantôt, la métastase ganglionnaire apparaît avant tout autre symptôme.

L'invasion néoplasique des ganglions sous-cutanés se fait en général d'une façon très lente et très insidieuse. Delassus, à propos des ganglions sus-claviculaires, et Viannay à propos des ganglions inguinaux, insistent sur leurs caractères et leur évolution :

Au début, le ganglion est unique, légèrement augmenté de volume, dur, indolore à la palpation, roulant aisément sous le doigt explorateur.

Puis il se forme une masse ganglionnaire par la cohésion des ganglions voisins. Cette unicité de la masse serait un caractère important de l'adénopathie détective. La consistance de cette adénite est décrite comme dure, ligneuse, pierreuse même.

Enfin, cette masse arrive à adhérer à la peau et à s'ulcérer.

(1) Cités par Viannay.

La précocité de l'apparition des ganglions cancéreux, leur situation superficielle, la facilité de leur constatation, donnent à ces symptômes une valeur diagnostique considérable. Dans deux cas, le docteur Delassus a pu faire le diagnostic de cancer d'un viscère abdominal, grâce à l'existence d'un ganglion sus-claviculaire gauche dans l'un et d'une tumeur de la région cervicale droite dans l'autre.

Déjà, dans sa thèse inaugurale, Belin avait insisté sur les renseignements qu'on peut tirer de la modification des ganglions sous-cutanés, même situés à une grande distance de la tumeur.

Cependant, il faisait remarquer en même temps, que l'adénopathie àdistance peut faire complètement défaut.

C'est ce que nous avons constaté dans la plupart de nos observations. Dans toutes celles où l'on a recherché systématiquement l'adénopathie, on a noté l'absence de ganglions sus-claviculaires appréciables, malgré un envahissement considérable des ganglions internes.

Dans notre observation personnelle, nous avons relevé l'hypertrophie des ganglions inguinaux ; mais rien ne nous les différencia d'abord de ganglions bacillaires ou spécifiques. Car, quoi qu'on en dise, que les ganglions bacillaires seraient plus nombreux et de consistance moins dure ; que les glandes syphilitiques seraient dures et disséminées au cou et à la nuque (Delassus), il est toujours très difficile, au début, de se prononcer. sur ces seuls signes.

En résumé, l'adénopathie sous-cutanée, signe capital dans le diagnostic du cancer, peut manquer, même dans

les néoplasies généralisées ; et quand elle existe, elle peut être assez discrète pour qu'on la confonde avec les adénites chroniques ou les ganglions bacillaires et spécifiques.

Au total, donc, aucun sympôme net de cachexie cancéreuse n'a pu être relevé dans nos observations. Ainsi, Simpson cite un cas où la cachexie fit totalement défaut chez un sujet manifestement cancéreux et Broca, dans son *Traité des tumeurs,* fait remarquer que la généralisation peut se faire sans que la cachexie apparaisse.

Il est d'autres signes cliniques qui, dans nos cas, ont attiré l'attention et sur lesquels nous nous arrêterons un instant.

Douleurs.—D'après Faure, les malades atteints de cancer souffrent souvent de douleurs d'un caractère particulier. « En effet, dit-il, si le cancéreux souffre de sa tumeur, il ne souffre pas toujours dans sa tumeur et ces douleurs extrinséques surtout présentent de l'intérêt. Dans un bon nombre de cas même, elles peuvent, sinon devenir pathognomoniques, du moins fournir de bons éléments d'appréciation pour un diagnostic délicat. »

C'est ainsi, par exemple, qu'une douleur d'oreille coïncidant avec une lésion de la langue du même côté, fera penser immédiatement que cette lésion est néoplasique. De même, la douleur de l'épaule droite, coïncidant avec l'hypertrophie et la douleur hépatique, plaide en faveur d'un cancer du foie.

Ces douleurs ont pour cause l'envahissement ou la compression des cordons nerveux.

Elles peuvent être précoces ou tardives, simples ou multiples.

Malheureusement, les irradiations douloureuses sont presque toujours multiples, surtout quand il s'agit de cancers viscéraux et, à plus forte raison, quand les tumeurs sont généralisées. Le symptôme douleur perd alors beaucoup de sa netteté.

Enfin, la douleur peut faire complètement défaut. C'est ainsi qu'il n'en est point mention dans les observations VI et IX et qu'on note son absence dans l'observation VII.

La douleur de l'hypocondre droit, de la région hépatique et de l'épaule droite, existait dans l'observation IV ; mais l'hypothèse d'abcès emboliques du foie pouvait l'expliquer en même temps qu'elle expliquait les phénomènes généraux.

Ce qu'on trouve noté surtout, ce sont des douleurs thoraciques plus ou moins intenses, imputables à la localisation pulmonaire du cancer : légère douleur du mamelon droit (obs. VIII) ; forme de pleurodynie (obs. X) ; douleurs intenses, spontanées, à type névralgique, mais augmentées encore par la pression sur les os et les muscles (obs. I, II, IV et V)

Ces douleurs ne sont point particulières au cancer. Empis a appelé l'attention sur l'hyperesthésie cutanée et Bouchut sur l'hyperesthésie surtout thoracique dans la phtisie pulmonaire qui s'accompagnerait alors de méningite bacillaire. Notons enfin que l'ostéite des côtes, la névralgie intercostale, les névrites périphériques d'origine bacillaire ou spécifique, peuvent donner lieu à sem-

blables douleurs. Belin cite une tuberculose pulmonaire que la douleur généralisée fit prendre pour un cancer abdominal. Dans tous ces cas, dès qu'on touche le malade, il accuse une douleur extrême. Le pincement de la peau n'est guère plus douloureux que normalement ; mais la pression au niveau des os ou des espaces interosseux provoque de vives souffrances.

On ne saurait donc, dans l'espèce, attribuer à la douleur un rôle important au point de vue du diagnostic.

Affaiblissement et adynamie. — Ce qui nous a particulièrement frappé, dans les cas que nous envisageons ici, c'est que le malade accuse toujours de lui-même une perte de forces considérable.

Cet affaiblissement apparaît dès le début de l'affection, avant tout symptôme d'amaigrissement. Tantôt c'est un sentiment de lassitude constante, accusé surtout dans les jambes : le malade ne peut plus monter les escaliers (obs. VII) ; il marche avec peine (obs. I). Tantôt, on note une sorte d'anéantissement général (obs. III), comme on l'a signalé dans les prodromes des maladies graves, la fièvre typhoïde par exemple.

Cette perte de forces peut être extrême et l'amaigrissement peu accentué (obs. V).

Il n'y aurait donc, au début du moins de la généralisation cancéreuse, aucun rapport entre la perte des forces et l'amaigrissement.

Dans la bacillose, ces deux symptômes vont de pair et progressivement. Il en aurait été ainsi, il est vrai, dans notre observation VII.

A une période plus avancée de la carcinose, le sujet peut tomber dans l'adynamie profonde des infections aiguës graves (obs. I et IX).

Si ce caractère n'est pas rigoureusement spécial à l'affection qui nous occupe, il serait néanmoins capable d'attirer l'attention sur elle. Et cet affaiblissement rapide chez un sujet vigoureux, sans tares personnelles ou héréditaires, en apparence de santé, doit éveiller comme une impression vague d'un danger imminent.

Fièvre. — Flouret a montré dans sa thèse que le cancer pouvait revêtir une forme aiguë et s'accompagner de fièvre.

Verneuil avait déjà signalé cette fièvre qu'il désignait sous le nom de « fièvre des néoplasmes », et qui, pour lui, serait due au néoplasme lui-même. Pour d'autres auteurs, elle serait causée par des infections secondaires ou bien elle relèverait de l'anémie cancéreuse.

Quoi qu'il en soit, dans la carcinose généralisée, cette fièvre peut manquer (obs. IV et VII).

Quand elle existe, elle n'est pas univoque (Flouret) : tantôt, elle est légère (obs. II) et purement vespérale; tantôt, elle est intermittente (au début, dans l'obs. I) ; tantôt, elle est continue (à la fin dans l'obs. I et dans l'obs. V, dans lesquelles elle oscille entre 37° et 38°, sans jamais dépasser 38°5) ; tantôt enfin, elle revêt les caractères de la fièvre hectique (obs. III et IX).

La fièvre, dans le cancer généralisé, n'est donc point un élément spécifique ; c'est plutôt un symptôme propre à égarer le diagnostic.

Etat des réflexes. — Enfin, nous devons signaler ici un nouveau signe de diagnostic des tumeurs malignes, décrit par de Buck et van der Linden et qui consisterait dans l'exagération des réflexes dans la carcinose.

D'après ces auteurs, en cas de cancer avéré, quel qu'en soit le siège, on trouve une exagération plus ou moins forte des réflexes tendineux, allant jusqu'au clonisme, et un état variable des réflexes cutanés. Le phénomène des orteils de Babinski n'existe pas.

Cette exagération des réflexes, surtout tendineux, appartiendrait au cancer en général (sarcome et carcinome).

L'examen des réflexes dans le cas de tumeur maligne mérite d'attirer l'attention du clinicien et les auteurs sont convaincus que dans les cas douteux (lésion d'un viscère profond) l'exagération des réflexes est un élément précieux qui plaide pour la malignité de l'affection.

Ce signe est-il pathognomonique?

En ce qui nous concerne, nous avons, dans notre observation personnelle, recherché l'état des réflexes rotuliens; or, nous avons dit que ces réflexes étaient plutôt faibles et que, en tout cas, il n'y avait certainement pas de clonisme du pied.

D'ailleurs, pour de Buck et van der Linden, il s'agirait dans l'espèce d'un caractère relativement spécifique, en ce sens qu'il ne faut pas que la dyscrasie cancéreuse soit très prononcée ou que la tumeur soit vaste et ait déjà envahi le système lymphatique.

Quand la dyscrasie devient profonde, l'exagération des réflexes fait place à la diminution, voire l'abolition des réflexes cutanés, puis tendineux.

De sorte que ce caractère, qui au début du processus malin serait d'un grand secours, par ce fait qu'il appartient en propre aux premières phases de ce processus et qu'on ne le retrouve nullement avec la même intensité, la même régularité et la même constance, dans la bacillose ou la syphilis, ce caractère devient nul dans les cas de carcinose généralisée.

Troubles de la sécrétion urinaire.

I. *Hypoazoturie et hypophosphaturie.*— Chez les sujets atteints de cancer, l'analyse des urines a montré une diminution notable de certains éléments normaux, tels que l'urée, les phosphates et même les chlorures.

Rommelaere (1), surtout, a insisté sur la valeur des renseignements que peut fournir dans le diagnostic du cancer, le dosage de l'urée et des phosphates : « Dans les tumeurs malignes, quelle que soit leur nature morphologique et le régime alimentaire du malade, le chiffre de l'urée urinaire descend graduellement et finit par rester inférieur à 12 gr. en 24 heures ; celui des phosphates tombe de 2 gr. 50 à 0,90 et même 0,40. »

Nous n'avons pu, chez notre malade, nous livrer à ces recherches, à cause de la difficulté de recueillir les urines de 24 heures.

D'ailleurs, un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels Grégoire (*Thèse*, Paris, 1883), le professeur Kirmisson (Congrès de chirurgie, 1885), M. Lucas-Championnière (Société de chirurgie, 1893), MM. Simon Duplay, Cazin

(1) *Annales de l'Université de Bruxelles*, t. III.

et Savoir (*Archives générales de médecine*, 1895); enfin Fuster en 1898, ont entrepris de vérifier la valeur de cette loi et sont arrivés aux conclusions suivantes que nous empruntons à ce dernier auteur :

Il n'y a aucun rapport entre la marche et la gravité des affections cancéreuses et la diminution du chiffre de l'urée excrétée. L'hypoazoturie doit être considérée comme l'expression d'un trouble profond de l'alimentation en général, trouble déterminé par l'évolution des néoplasmes malins. Elle est loin d'être constante chez les cancéreux et ne devient réelle que lorsque le malade ne peut plus s'alimenter. Le régime alimentaire, en effet, contrairement à l'assertion de Rommelaere, a une influence considérable sur le chiffre d'excrétion de l'azote.

Enfin, l'hypoazoturie peut se rencontrer dans différentes conditions où il y a atrophie et dégénérescence, notamment dans les affections s'accompagnant de vives douleurs et entraînant des troubles de l'état général.

Il ne faut donc pas penser à considérer l'hypoazoturie comme un signe caractéristique des affections cancéreuses.

Il en est de même de l'hypophosphaturie et de l'hypochlorurie, qui non plus ne sauraient constituer des éléments très importants de diagnostic.

II. *Albumosurie*. — D'autre part, on a signalé dans l'urine des cancéreux la présence d'albumose. Cette albumose est caractérisée cliniquement par l'aspect laiteux que

prennent les urines additionnées d'acide azotique; le précipité blanc est très différent des flocons d'albumine.

Mais la recherche de l'albumose peut se faire par la réaction suivante : on ajoute à l'urine fraîche une goutte d'acide acétique et 1/6 de son volume d'une solution saturée de chlorure de sodium; en chauffant ce mélange on voit un coagulum apparaître vers 64°, pour disparaître ensuite complètement à l'ébullition.

Cette albumose est inconstante, puisque dans notre observation où elle fut recherchée par le docteur Achard, maître expérimenté en la matière, elle n'existait pas.

Enfin, elle n'appartient pas en propre au cancer; on l'a rencontrée dans un grand nombre de circonstances : maladies aiguës (péritonite, pneumonie, fièvre typhoïde), dans l'ulcère rond, la tuberculose et surtout dans les affections osseuses intéressant la moelle.

La chimie, pas plus que la clinique, n'est capable de nous donner la clef du diagnostic de la carcinose généralisée à marche insidieuse.

Quant à l'apparition de la *phlegmatia alba dolens*, signe par lequel l'illustre Trousseau reconnut la nature cancéreuse de l'affection gastrique dont il était atteint, nous ne la trouvons notée dans aucune de nos observations.

CONCLUSIONS

I. — Il existe des cas où une tumeur maligne (sarcome ou carcinome) demeurée latente, se généralise avec des symptômes variés, parmi lesquels on ne rencontre aucun de ceux qui caractérisent ordinairement les tumeurs malignes.

II. — Ces symptômes peuvent simuler toute autre affection, revêtir, par exemple, les allures de certaines maladies infectieuses ; mais c'est surtout avec la tuberculose et aussi parfois la syphilis que l'affection sera confondue. Les signes cliniques ne tiennent pas tant à la nature des tumeurs insolites qu'à leurs localisations.

III. — Dans ces cas, le diagnostic est particulièrement délicat, d'autant plus qu'on ne songe pas dès l'abord à la néoplasie ; et, même quand il existe des tumeurs secondaires apparentes, il est parfois difficile d'en reconnaître la véritable nature et d'en saisir les rapports avec les phénomènes observés.

IV. — Il n'y a pas actuellement de réaction, ni de signe pathognomonique constants, qui permettent de déceler à coup sûr la généralisation insidieuse d'un cancer latent.

V. — Pour arriver au diagnostic, le praticien devra connaître la possibilité de faits semblables à ceux que nous venons de signaler, afin tout d'abord d'y songer. Il procédera, organe par organe, à un examen minutieux de son malade, pour tâcher d'y découvrir la présence de tumeurs révélatrices. Il ne négligera pas de porter également son attention sur l'état général et l'aspect extérieur du sujet.

Si, des symptômes ainsi observés, il ne tire pas un diagnostic certain de généralisation cancéreuse, il aura du moins prévu le cas ; et ce sera déjà beaucoup d'y avoir pensé, car il n'aura point porté un pronostic à la légère et ne sera pas trop surpris de l'inefficacité du traitement.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BROUARDEL.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Auvray. – *Bulletin de la Société anat. de Paris*, 1893, p. 453.

Babes et Stoïcesco. — Sur le diagnostic du cancer des organes internes par l'examen microscopique de petites tumeurs métastatiques sous-cutanées. *Progrès médical*. Paris, 1895, p. 113, 3e série.

Belin. — *Thèse*, Paris, 1888.

Broca. — *Traité des tumeurs*, t. I, p. 299.

Couetoux. — *Journal des sciences médicales*. Lille, 1881, t. 3, p. 678.

Cordier. — *Thèse*, Paris, 1880.

De Buck et Van der Linden. — Exagération des réflexes dans la carcinose ; nouveau signe de diagnostic des tumeurs malignes. *Presse médicale*, 3 janvier 1903.

Delassus. — Adénopathie cervicale détective des néoplasmes abdominaux. *Journ. des sciences médicales*. Lille, 1896, t. II, p. 385.

Delbet. — Art. Néoplasmes, *in Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet*, t. I.

Duplay, Cazin et Savoir. — Recherches sur l'urologie des cancéreux. *Arch. générales de médecine*. Paris, 1895, t. II, p. 5.

Faure. — De l'importance des douleurs irradiées et des douleurs à distance dans le diagnostic et le pronostic du cancer : *Gazette hebdomadaire de médecine*. Paris. 1895, p. 75.

FLOURET. — *Thèse*, Lyon, 1901.

FUSTER. — *Montpellier médical*, 1898, p. 241.

GOMBAULT. — Art. Cancer, in *Traité de médecine de Brouardel et Gilbert*, t. III.

HAYEM. —Leucocytose accompagnant le développement des néoplasies. *Compte-rendu de la Soc. de biologie*, Paris, 1887, p, 273.

HUGOUNENQ. —*Précis de chimie physiologique et pathologique.* (Collection Testut), p. 502.

— *Lyon médical* du 11 avril 1897.

LAURENT. — *Bulletin de la Soc. anatomique.* Paris, 1877, p. 423.

LEMOINE. — *Bulletin médical du Nord*, 1894, p. 334.

LENOBLE. — *Revue de médecine.* Paris, 1896, p. 979.

MÉNÉTRIER. — Art. Tumeurs, in *Pathologie générale de Bouchard*, t. III, fasc. 2.

MESSÉANT. — *Thèse*, Lille, 1894.

PETIT. — *Bulletin de la Soc. d'anat. et de physiol. Bordeaux*, 1892, p. 212.

ROSAPELLY. —*Bull. de la Soc. anat.* Paris, 1894, p. 159.

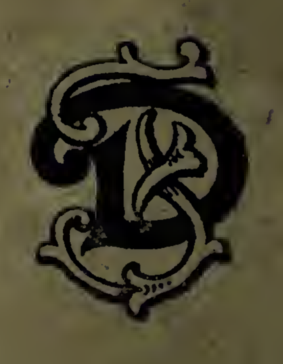
SIMPSON.— Absence of cachexia in a cancerous subject. *British medical journal.* London, 1883, t. II, p, 1189.

TROISIER. — *Archiv. gén. de méd.*, 1889, 1er sem., p. 129 et 297.

VERNEUIL. Influence de la syphilis sur la marche du cancer. *Journ. de médecine et de chirurgie pratiques.* Paris, 1883, p. 398.

VIANNAY. — De l'adénopathie inguinale dans les cancers viscéraux. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1901, p. 305.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN
